



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

VOIMIA SELVIYTYMISEEN

Depressiokoulu syöpää sairastaville

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Toukokuu 2013
Leena Kilpelä

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

KILPELÄ, LEENA:

Voimia selviytymiseen
Depressiokoulu syöpää sairastaville

Sairaanhoitajan opinnäytetyö, 33 sivua, 10 liitesivua

Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia syöpään sairastuneilla oli osallistumisesta Depressiokoulu-kurssille. Kurssille osallistui kuusi syöpää sairastavaa henkilöä. Heidän sairautensa oli eri vaiheissa. Kurssin ohjaajina toimivat kaksi työntekijää Päijät-Hämeen keskussairaala. Toinen työskenteli onkologian yksikössä ja toinen yleissairaalapsykiatrian yksikössä. Molemmilla työntekijöillä oli Depressiokouluohjaaja-koulutus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, onko ryhmän kannalta merkitystä, kun ohjaajilla on erityistuntemusta omalta erikoisalaltaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää soveltuuko menetelmä syöpää sairastavien hoitomuodoksi ja toteutettavaksi yhteistyössä kahden erikoisan osajan kanssa. Opinnäytetyön aineistona käytettiin kurssille osallistujien ja ohjaajien kirjallisia palautteita.

Depressiokoulu-nimitys muutettiin ”Voimavarakouluksi”, ettei se olisi leimaava ja osallistuminen kurssille sekä suhtautuminen siihen olisi mahdollisimman helppoa.

Depressiokoulu-menetelmää käytetään erilaisin sovelluksin masennuspotilaille ja muille ryhmille, mm. työterveydessä ja opiskelijaterveydenhuollossa, työttömille sekä muille erityisryhmille. Menetelmää on käytetty myös vakavaa somaattista sairautta sairastavien ryhmille.

Kurssi koettiin onnistuneeksi sekä ryhmäläisten että ohjaajien mielestä. Kurssilta saatu tieto sekä syöpään että masennukseen liittyen koettiin tärkeäksi. Kurssin oppituntien aiheet ja tehtävät koettiin tärkeiksi. Vertaistuki näyttäytyi osallistujien palautteiden mukaan kurssin tärkeimmäksi anniksi.

Asiasanat: depressiokoulu, masennus, syöpä ja masennus, somaattinen sairaus ja masennus

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care

KILPELÄ, LEENA:

Strength to survive
Depression skill training course for
cancer patients

Bachelor's Thesis in Nursing 33 pages, 10 pages of appendices

Spring 2013

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to study what kinds of experiences cancer patients have of attending a "Coping with Depression" course (CWD). The group examined in the thesis was attended by six cancer patients whose diseases were at different stages. The course had two leaders who were trained CWD experts from the department of oncology and the general hospital psychiatry outpatient clinic at Päijät-Häme Central Hospital. The aim of the thesis was to examine the value of having two special experts working with the group. The aim was to study whether the CWD is a suitable treatment method for people with cancer and whether it can be realised in co-operation with two experts. The research data consisted of the written feedback gathered both from the participants and the leaders.

The name "Coping with Depression" was changed into "Resource Course", so that the name would not be stigmatizing and that attending the course and relating to it would be as easy as possible. The CWD method is used in various ways in depression treatment, occupational healthcare and student healthcare but also with the unemployed and other special groups. The method has also been used for patients with severe somatic diseases.

Both the participants and the leaders were satisfied with the course. The information that the course offered on cancer and depression was considered valuable. Also the themes and exercises were found important. According to the participant feedback, the most rewarding aspect of the course appeared to be peer support.

Key words: "Coping with Depression", CWD, cancer and depression, somatic disease and depression

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MASENNUS	3
3	MASENNUS SOMAATTISEN SAIRAUDEN YHTEYDESSÄ	7
3.1	Somaattinen sairaus kriisinä	7
3.2	Masennus somaattisesti sairaalla potilaalla	8
3.3	Syöpä ja masennus	9
4	DEPRESSIOKOULU	12
4.1	Hoidon periaatteet	13
4.2	Ryhmä ja vertaistuki	14
4.3	Ohjaajan rooli ryhmässä	15
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	16
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA KÄYTETYT MENETELMÄT	17
7	TUTKIMUSTULOKSET	20
7.1	Voimavarakouluun osallistujien hyvät kokemukset	20
7.2	Voimavarakouluun osallistujien huonot kokemukset	22
7.3	Voimavarakouluun osallistujien kokemukset ohjaajista	22
7.4	Voimavarakoulun ohjaajien kokemuksia ryhmän ohjaamisesta	23
8	TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETOA	25
8.1	Ryhmäläisten kokemuksia	25
8.2	Ohjaajien kokemuksia	26
9	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	27
10	POHDINTA	29
	LÄHTEET	31
	LIITTEET	34

1 JOHDANTO

Vakavaan somaattiseen sairauteen sairastuminen on myös psyykkisesti voimia vievää. Masennuksen ja somaattisen sairauden yhteys on monimuotoinen.

Toisaalta masennus voi olla ruumiillisen tautiprosessin oire, ja toisaalta sairastumiseen liittyvien menetysten takia riski sairastua masennukseen lisääntyy.

Masennus voi huonontaa somaattisen sairauden hoitomotivaatiota tai aiheuttaa jopa sairauden hoidon laiminlyöntiä. Hoitotulokset huonontuvat, sairaalahoidot pitkittyvät, kuolleisuus lisääntyy ja näiden kautta kustannukset kasvavat.

Somaattista sairautta sairastavan masennus on yleinen kliininen ongelma ja jää usein toteamatta ja hoitamatta. Hoito kannattaa, se on tehokasta ja parantaa sairastuneen elämänlaatua. (Äärelä 2004, 3.)

Noin joka kolmannella syöpään sairastuneella esiintyy sairauden jossain vaiheessa haittaavaa psyykkistä oireilua. Oireilu on tavallisimmin sopeutumishäiriöitä, erilaisia ahdistushäiriöitä, traumaperäisiä stressireaktioita tai eriasteista masennusoireilua. Syöpään sairastunut voi ajautua psyykkiseen kriisiin missä tahansa sairautensa vaiheessa. (Huttunen 2011, 298-299.)

Masennus on yleisempiä mielenterveydenhäiriöitä ja sen hoitoon etsitään jatkuvasti uusia, kustannustehokkaita menetelmiä. Masennuksesta kärsivien ihmisten hoidossa keskeistä on kokonaisvaltainen ote. Masennuksen yksi ryhmämuotoinen hoitomenetelmä on Depressiokoulu-kurssi. Menetelmä on kehitetty aluperin Yhdysvalloissa nimellä Coping With Depression-course(CWD). Suomessa sitä ovat soveltaneet Depressiokoulu-kurssiksi Katriina Kuusi ja Tarja Koffert. Kurssi on luoteeltaan opetuksellinen ja pohjautuu kognitiivis-behavioraaliseen viitekehykseen. Kurssilla harjoitellaan taitoja, jotka auttavat toipumaan masennuksesta ja ennaltaehkäisevät masennuksen uusiutumista. Kurssia on sovellettu erilaisille ryhmille. (Koffert 2002, 174-177.)

Tässä opinnäytetyössä ryhmä toteutettiin syöpää sairastaville henkilöille. Kurssin ohjaajina toimivat Päijät-Hämeen keskussairaalan onkologian ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikan yksikössä työskentelevät Depressiokoulu-ohjaajakoulutuksen saaneet ammattilaiset. Molemmat olivat ohjanneet kursseja aikaisemmin yksin. Opinnäytetyön kohteena olivat kurssille osallistuneiden ja

ohjaajien kokemukset ryhmästä. Tutkimuksen aineistona käytettiin kurssille osallistujien ja ohjaajien palautteita kurssin toteutumisen jälkeen. Tavoitteena oli selvittää kurssin soveltuvuutta syöpää sairastavien toipumisen tueksi ja kahden ohjaajan merkitystä kurssin toimivuuden kannalta.

2 MASENNUS

Masentuneisuuden tunne kuulu ihmisen perustunteisiin, kun elämässä tapahtuu jotain ikävää. Mieliala laskee, mutta siitä huolimatta jaksetaan hoitaa arkeen kuuluvat askareet, ja tunne menee ohi. Masennus sairautena on yleinen ja monitekijäinen. Masennus voi uusiutua herkästi ja se saattaa kestää viikkoja tai kuukausia, jopa vuosia. Yksiselitteinen masennuksen määrittely on lääketieteellisestikin vaikeaa ja sen takia esiintyy myös erilaisia esiintyvyyksilukuja. Masennus kuuluu normaaliin elämään tunnereaktiona menetyksiin ja muutoksiin, jolloin se voi myös kuljettaa ihmistä eteenpäin ratkaisemaan ongelmiaan sekä luopumaan esimerkiksi hankalista ihmissuhteista tai muusta voimakasta stressiä aiheuttavasta paineesta. Vakavana mielenterveyden häiriönä masennus on oireyhtymä, jolloin masentuneen mielialan lisäksi siihen liittyy muita oireita ja se voi uhata elämää sekä haittaa ihmisen selviytymistä usealla elämän osa-alueella. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011,8; Isometsä 2011a, 154-155.)

Masennustilojen oireita on määritelty tautiluokitus ICD-10:ssä. Diagnoosia tehtäessä oireiden kestolla on merkitystä, havaittujen oireiden on esiinnyttävä yhtäjaksoisesti kahden viikon ajan. Masennustilan diagnoosi edellyttää vähintään neljän oireen esiintymistä yhtäaikaaisesti. Oireiden vaikeusasteen mukaan masennussairaus jaotellaan lievään, keskivaikeaan ja vakavaan masennukseen. Pitkäaikainen ja toistuva masennus jaotellaan omiin alaryhmiinsä. (Käypähoito 2010; Isometsä 2011a, 155.)

Masennuksen pääoireena pidetään masentunutta mielialaa, missä tunnevire on suurimman osan ajasta alakuloinen ja masentunut. Toisena pääoireena pidetään vaikeutta tuntea mielihyvää. Ihminen ei entiseen tapaansa saa tyydytystä ja mielihyvätunteita aikaisemmin näin kokemistaan asioista. Masentunut ihminen kokee itsensä hyvin väsyneeksi, ja pienetkin psyykkiset ja fyysiset ponnistelut tuntuvat uuvuttavilta, itseluottamus ja itsearvostus vähenevät ja kriittisyys sekä syyllisyydentunteet lisääntyvät. Kognitiiviset ongelmat (keskittymiskyvyn häiriöt sekä muistiin ja oppimiseen liittyvät häiriöt) lisääntyvät. Ihminen voi muuttua psykomotorisesti hitaammaksi tai päinvastoin kiihtyneemmäksi. Itsemurha-ajatukset tai kuolemantoiveet voivat liittyä masennukseen. Lisäksi unihäiriöt ja ruokahalun muutokset ruokahaluttomuudesta lisääntyneeseen ruokahaluun

kuuluvat masennuksen oireisiin. (Käypähoito 2010; Isometsä 2011a, 155-156; Isometsä 2011b, 20-21.) ”Mikään ei kiinnosta, millään ei ole väliä, ei ole tunteita. Ei hyviä eikä pahoja, Jos pitäisi keksiä yksikin asia, joka kiinnostaa tai josta haaveilisi, sellaista ei pysty nimeämään. Mitään ei odota. Haluaisi vain nukkua tai tuijottaa seinää räpäyttämättä silmiä. Koko ajan väsyttää, mutta ellei nuku vuorokausia ympäriinsä, ei nuku ollenkaan. On ihan se ja sama vaikka rahat loppuu, työ loppuu, kaikki loppuu. Ihan se ja sama. Jos jotakin tuntee, se on varmuutta siitä, se kaikki on omaa syytä ja kaiken kurjuuden on ansainnut”(Vauva-lehti. Keskustelufoorumi. ”Vierailija” 2012).

Masennusoireiden tunnistaminen ei ole yksinkertaista. Oireet alkavat yleensä lievinä ja pahenevat pikkuhiljaa. Masennuksesta kärsivä ihminen ei välttämättä halua itse hyväksyä psykiatrista näkökulmaa ongelmilleen ja helposti huomioivat somaattiset oireet, joita masennukseen liittyy. Lääkäreillä ja hoitajilla ei välttämättä ole aikaa paneutua ihmisen tilanteeseen niin kokonaisvaltaisesti, että masennusoireet tulisivat huomioiduiksi. (Isometsä 2011b, 23-24.)

Masennusoireiden tunnistamisen avuksi on kehitetty seulontamenetelmiä haastattelun tueksi, esimerkiksi DEPS-testi, Beckin masennuskysely (BDI), Hamiltonin masennusasteikko ja Montgomery-Åsbergin masennusasteikko (MADRS). (Isometsä 2011b, 21.)

Masennukseen ei ole yhtä syytä vaan sen kehittymiseen vaikuttavat monet tekijät. Biologisesta näkökulmasta tarkasteltuna masennus on välittäjäainehäiriö. Perinnöllisyyden on arveltu olevan masennuksen taustatekijä, joka altistaa sairastumiselle. Geenit eivät kuitenkaan ole masennuksen periytyvyyden ainut selitys, koska taipumus voi välittyä muutenkin kuin perintötekijöiden kautta. Ihmisellä voivat elämässään stressi ja kuormittavuus lisääntyä liian suureksi ja tämä pitkäaikainen ”hälytystila” voi vaikuttaa aivojen toimintaan. Ongelmat varhaisissa vuorovaikutussuhteissa lapsella ja nuorella voivat altistaa masennukselle jossain elämänvaiheessa. Persoonallisuuden piirteinä vaativuus itseään kohtaan, riippuvuus muista ihmisistä sekä voimakas reagoiminen epäonnistumisiin voivat olla myös masennuksen taustalla. (Heiskanen ym. 2011, 9.)

Masennuksen hoito määräytyy oireiden vaikeusasteen mukaan ja lähtökohtana on asianmukainen diagnosointi. Hoitoon vaikuttaa, onko henkilöllä muita psykiatrisia häiriöitä tai muita sairauksia. Tärkeä seikka hoidon onnistumisessa on masentuneen henkilön oma halu ja motivaatio sekä palvelujen saatavuus hoitomuodon valintaa tehtäessä.

Hoito jakaantuu kolmeen vaiheeseen, joista akuuttivaiheen tavoitteena on oireettomuus, jatkohoidon tavoitteena relapsien ehkäisy ja ylläpito-hoidon tavoitteena on ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen. Masennuksen hoidossa voidaan käyttää biologisia, psykologisia sekä sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. (Käypähoito 2010; Isometsä 2011b, 25.) Usein parhaimmat hoitotulokset saavutetaan erilaisia hoitomuotoja yhdistellen. Psykoterapia-interventiot ja lääkehoito yhdessä ovat tehokkaimpia hoitomuotoja lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Lääkehoidolla vaikutetaan masennuksen biologisiin mekanismeihin. Psykoterapiahoidon tavoitteena on vaikuttaa masennusta ylläpitäviin mielikuviin, ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen sekä toimintatapoihin. Psykoterapian keskeisin vaikutus masentuneelle on hyvän terapiasuhteen tuoma kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Masennuspotilaiden on todettu hyötyvän liikunnasta ja psykoedukaatiosta eli potilasopetuksesta. Vakavassa masennuksessa saatetaan joutua turvautumaan psykiatriseen osastohoitoon. Vakavan masennuksen hoidossa käytetään tietyissä tapauksissa myös sähköhoitoa. Kaamosmasennukseen käytetään kirkasvalohoitoa. Lisäksi masennuksen hoitomuotona voidaan käyttää transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa, jota rajoittaa vielä saatavuus. Neuromodulaatiohoitoja vielä tutkitaan. (Käypähoito 2010; Heiskanen ym. 2011, 11-12; Isometsä 2011a, 181.)

Masennuksen hoito tapahtuu pääosin perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Perusterveydenhuollon osaamista masennuksen hoidon osalta on viime vuosina vahvistettu lisäämällä terveyskeskusten erikoisosaamista (psykiatriset sairaanhoitajat, depressiohoitajat, psykiatrin konsultaatiomahdollisuus). Erikoissairaanhoitoon masentuneen hoito siirtyy, kun kyseessä on vaikea-asteinen masennus, lääkehoitoon huonosti vastaavat oireet tai psykoottinen masennus. Monihäiriöisyys edellyttää usein erikoissairaanhoitoa, samoin kuin itsetuhoisen potilaan hoito tai tilanne, jossa potilaan työkyky on

pitkäaikaisesti ja pahoin vaarantunut. (Isometsä 2011b, 25-26; Isometsä 2011a, 154.)

Masennus on keskeinen kansanterveysongelma ja kustannustensa takia myös kansantaloudellinen ongelma. Masennustilasta kärsii 5 % suomalaisista vuosittain. Naisista 20 % ja yli 10 % miehistä sairastuu elämänsä aikana masennukseen. Yhteiskunnalle aiheutuu suuria taloudellisia menetyksiä masennuksen takia. Masentuneilla sairaspäivärahaa on vuosittain yli 30 000 ja uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään noin 4500. Masennukseen liittyviä itsemurhia on vuosittain arvioitu olevan 600-700 ja yrityksiä vähintään kolminkertainen määrä. Hoitamaton masennus on myös eräs merkittävimmistä terveydenhuoltopalvelujen suurkulutukseen johtavista tekijöistä. Masennus ei vaikuta yksinomaan sairastuneeseen vaan myös hänen lähipiiriinsä. Sairauden vaikutuspiiriin kuuluu siis suurempi joukko, mitä prosenttiluvut sairastuneista kertovat. (Isometsä 2011a, 154; Käypähoito 2010; Riihimäki 2010, 9-10.)

3 MASENNUS SOMAATTISEN SAIRAUDEN YHTEYDESSÄ

3.1 Somaattinen sairaus kriisinä

Vakava sairastuminen aiheuttaa usein voimakkaita tunne- ja kriisireaktioita. Sairastumiseen liittyy fyysistä- ja/tai psyykkistä kipua, kärsimystä ja surua. Sairastuneella on huoli omasta muuttumisesta, sairauteen liittyvistä yksityiskohdista (sairauden etenemisestä, tutkimuksista, toimenpiteistä), omasta ja läheisten selviytymisestä, arjen sujumisesta uudessa tilanteessa sekä kuolemasta. Tunteet voivat olla vihaa, kieltämistä, avuttomuutta, hallinnan tunteen menettämistä, katkeruutta, ahdistusta sekä surua. Kokemukset ovat erilaisia ja eriasteisia. Reaktion voimakkuus on yhteydessä sairauden vakavuuteen ja kuolemanvaaraan. Sairastuessaan ihmisen toimintakyvyssä ja riippumattomuudessa tapahtuu suuriakin muutoksia ja sopeutuminen sairauden mukanaan tuomiin muutoksiin vaatii uusia selviytymiskeinoja. Sairastuneella voi olla vaikeuksia elämänhallinnassa. Perheenjäsenillä on vastaavanlaisia tunteita ja reaktioita. Reaktiot ovat normaaleja ja niiden odotetaan yleensä rauhoittuvan pari viikkoa tiedon saamisen jälkeen. (Äärelä 2004, 16; Snyderman & Wynn 2009, 703.)

Sairastumiskriisissä voidaan erottaa tavanomaiset kriisin vaiheet. Sokkivaiheessa, joka kestää muutaman päivän, henkilö voi käyttäytyä normaalisti, mutta mieli on hämmentynyt. Tunnereaktio voi olla voimakas, sairastunut voi kärsiä ahdistuneisuudesta sekä kieltää tosiasioita. Asioita ja tapahtumia voi olla vaikea muistaa. Reaktiovaiheessa hän pystyy paremmin näkemään asioita realistisesti ja pyrkii hakemaan tasapainoa muuttuneessa tilanteessa. Hämmennys ja miksi-kysymykset ovat tyypillisiä tässä tilanteessa. Läpityöskentely-vaiheessa sairastumista käsitellään mielessä ja siihen liittyy surua menetetyistä. Tässä vaiheessa on tyypillistä, että kehokin reagoi ja henkilö voi kärsiä erilaisista somaattisista oireista, esimerkiksi unihäiriöistä, erilaisista epämääräisistä kivuista ja huonosta ruokahalusta. Ajan kanssa sairastunut alkaa hyväksyä todellisuuden ja suuntautua tulevaisuuteen. Uudelleen suuntautumisen vaiheessa elämä jatkuu ja traumaattinen tapahtuma jää arveksi mieleen. Henkilö voi löytää uusia elämänarvoja muutoksesta ja suuntautuu uusiin haasteisiin ja mahdollisuuksiin.

Raskaat tunteet voivat tulla mieleen uudelleen, mutta lievempinä kuin aikaisemmin. (Äärelä 2004, 16.)

3.2 Masennus somaattisesti sairaalla potilaalla

Vakava somaattinen sairastuminen on psyykkisesti voimia vievää.

Sopeutumisongelma muuttuu masennukseksi, kun sairastunut alkaa kärsiä pitkittyneistä arkea haittaavista masennusoireista (mm. unihäiriöt, ruokahalun muutokset, painon lasku, keskittymiskyvyn ongelmat, mielialan lasku, itkuisuus, itsesyytökset). Oireet pitää erottaa pitkittyneestä surureaktiosta, jota ei lähdetä hoitamaan lääkityksellä vaan pyritään psyykkisen tuen avulla auttamaan henkilöä löytämään omanarvontunto ja itsehallinnan tunne. Masentunut ihminen on laajalaisesti kykenemätön kokemaan mielihyvää ja kokee enemmän tyhjyyden tunteita verrattuna surevan ihmisen kaipausten tunteisiin. Itsesyytökset ja itsemurha-ajatukset liittyvät masentuneisuuteen. Masennus voi huonontaa fyysisen sairauden hoitomotiovaatiota tai aiheuttaa jopa sairauden hoidon laiminlyöntiä. Hoitotulokset huonontuvat, sairaalahoidot pitkittyvät, kuolleisuus lisääntyy ja näiden kautta kustannukset kasvavat. Masennusoireet voivat myös liittyä somaattisen sairauden tautiprosessiin kuten kilpirauhasen toimintahäiriöön, haimasyöpään, epilepsiaan, Parkinsonin-tautiin, MS-tautiin, dementoiviin sairauksiin, aivohalvaukseen, sepelvaltimotautiin, sydäninfarktin jälkitilaan tai diabetekseen. Tietyt lääkeaineet voivat aiheuttaa masennusoireita (mm. anaboliset steroidit, jotkut psykoosilääkkeet, estrogeenivalmisteet, beetasalpaajat, kostikosteroidit). Myös päihteiden käyttö voi aiheuttaa masennusoireita. (Äärelä 2004, 3; Isometsä 2011a, 158-159; Rackley & Bostwick 2012, 232-235.)

Masennusdiagnoosi perustuu huolelliseen esitietojen keräykseen, oireiden kartoittamiseen, klinisiin havaintoihin sekä somaattisiin tutkimuksiin.

Somaattisesti sairailta henkilöillä masennusoireet sekoittuvat herkästi fyysisen sairauden oireisiin ja oireiden tunnistaminen voi olla vaikeaa. Henkilö kuuluu riskiryhmään jos hänellä on aikaisempi masennus, perheenjäsenen masentuneisuus ja itsemurha, psykososiaaliset ongelmat sekä sosiaalisen tuen puute. Tämä tulee ottaa erityisesti huomioon somaattisesti sairaan henkilön kohdalla. (Äärelä 2004, 16-17; Rackley & Bostwick 2012, 231-232.)

Psyykkisten tekijöiden vaikutusta somaattisen sairauden syntyyn on tutkittu paljon, ja tulokset ovat ristiriitaisia. Tutkimuksissa on löydetty viitteitä, että masennus saattaa altistaa esimerkiksi sepelvaltimotaudille ja diabetekselle. Yhteyden on arveltu liittyvän masennuksesta kärsivien henkilöiden elämäntapoihin. Masentuneella ihmisellä on vähemmän sosiaalisia kontakteja ja hänen voimavaransa huolehtia terveellisistä elämäntavoista on huonompi (ruokavalio, alkoholin rudas käyttö, tupakointi). (Huttunen 2011, 297.) Uusien tutkimusten mukaan useat masennukseen liittyvät biokemialliset muutokset ovat samalla riskitekijöitä fyysiseen sairauteen, kuten sepelvaltimotautiin, diabetekseen ja joihinkin syöpiin. Masennuksella arvellaan olevan vaikutusta biokemiallisten muutosten kautta sairauskuolleisuuteen (Äärelä 2004, 8; Snyderman & Wynn 2009, 704.) Rintasyövän kohdalla Joukamaan (2011) mukaan yksittäisissä tutkimuksissa on havaintoja, että masennus altistaisi rintasyövälle. Useimmissa tutkimuksissa on todettu, ettei suoraa yhteyttä ole. Sosiaaliryhmällä ja sosiaalisten suhteiden määrällä sekä laadulla on arveltu olevan merkitystä masennukseen sairastumisen alttiudelle. Ylemmissä sosiaaliluokissa on vähemmän psyykkisiä ja fyysisiä sairauksia. Yksinäisyys lisää sairastumisriskiä, toisaalta ristiriitainen parisuhde lisää stressiä ja siten sairastumisriskiä. Muutokset elämäntilanteessa ja kiireinen elämäntapa lisäävät riskiä masennukseen sekä fyysiseen sairastumiseen. (Huttunen 2011, 297-298.)

3.3 Syöpä ja masennus

Syöpään sairastuneiden ihmisten joukossa esiintyy masennusta neljä kertaa enemmän kuin muussa väestössä. Yleisesti todetaan, että neljä viidestä sairastuu masennukseen syöpädiagnoosin asettamisen jälkeen. Luku on samansuuntainen muiden vakavien ja pitkäaikaisten sairauksien kanssa. Masennuksen yleisyys liittyy syövän vakavuuteen, levinneisyyteen, hallitsemattomaan kipuun sekä syövän aiheuttamaan invaliditeettiin. Masennusta esiintyy enemmän, mikäli syöpä on suu-nielu-alueella, haimassa, keuhkoissa tai rinnassa. Vähemmän masennusta esiintyy suolisto- ja gynekologista syöpää sairastavilla potilailla ja lymfoomaan sairastuneilla. Osassa tutkimuksista todetaan, että masennusta esiintyy syöpään

sairastuneilla saman verran sukupuolesta riippumatta. Toiset tutkimukset raportoivat saman eron kuin yleensäkin masennuksessa eli naisilla masennus on yleisempää kuin miehillä. (Snyderman & Wynn, 2009, 703-704.)

Ihminen reagoi syöpään sairastumiseen samalla tavalla kuin muihin vakaviin sairauksiin. Tutkimusten mukaan sellaiset potilaat, jotka ovat saaneet hoitotaholta tukea ja tulleet rauhoitetuiksi, selviävät paremmin ensireaktioistaan ja sopeutuminen onnistuu paremmin. Masennusoireiden löytäminen ja erottaminen sairauteen liittyvistä oireista voi olla syöpäpotilaillakin vaikeaa ja edellyttää lääkäreiltä ja hoitajilta rauhoittumista asian äärelle, mikä ei aina ole itsestäänselvyys. Masennuksen tunnistamiseen voidaan käyttää kyselylomakkeita ja arviointiasteikkoja. Riskiryhmään kuuluvien potilaiden kohdalla huolen pitää olla suurempi ja kiinnittää oireisiin huomiota ajoissa. Psykososiaalista selviytymistä vaikeuttavat sairauteen liittyvät tekijät (ennuste, sairauden eteneminen), psykologiset tekijät kuten persoonallisuuteen liittyvät tekijät, aikaisempi psyykkinen sairastaminen tai ongelmat sosiaalisissa suhteissa. Erilaiset sosiaaliset tekijät kuten huono sosioekonominen asema tai riittämättömät sosiaaliset kontaktit ovat riskitekijöitä masennukseen sairastumiselle. Liian herkästi asetettu masennusdiagnoosi voi johtaa esimerkiksi, siihen että potilas käyttää turhaan lääkkeitä ja kärsii mahdollisista haittavaikutuksista. (Snyderman & Wynn 2009, 705-706.)

Hoitohenkilökunnan rooli sairastuneen tukena on suuri. Alkuvaiheessa ihminen tarvitsee asiallista ja realistista tietoa sairaudestaan. Asioita voidaan joutua toistamaan, koska henkilön vastaanottokyky on huonontunut. Sairastuneen kysymyksille pitää antaa tilaa ja mahdollisuus niiden käsittelyyn. Hoito -ja seurantavaiheessa hämmennys ja psyykkisen voinnin vaihtelu ovat tyypillisiä. Syöpään sairastuneelle hoidot saattavat aiheuttaa haittoja ja erilaisia oireita, joihin hänen pitää sopeutua. Hoitojen päättymisen jälkeen ei ole selvää, että potilas olisi pelkästään huojentunut. Jotkut potilaat voivat reagoida hoitojen päättyessä myös ahdistuksella ja turvattomuuden tunteilla. Sairauden uusiutuminen pelottaa ja ahdistaa. (Huttunen 2011, 301-303.)

Syöpään sairastuneen henkilön masennuksen hoito voidaan toteuttaa parhaiten perusterveydenhuollossa tai hoitavan lääkärin toimesta. Psykiatrian erikoislääkäreitä

voidaan tarvittaessa konsultoida tai vaikeissa tapauksissa siirtää potilas erikoissairaanhoidon, kuten masennuspotilaiden hoidossa yleensäkin. Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde on olennaista syöpään sairastuneen potilaan hoidossa. Perheenjäsenten huomioiminen on myös oleellisen tärkeää. (Äärelä 2004, 22.)

Lääkehoidon suunnittelussa on huomioitava perussairauteen liittyvät asiat ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa. Lisäksi masennuslääkkeet saattavat aiheuttaa haittavaikutuksia, jotka pitää ottaa huomioon. (Äärelä 2004, 23.)

Psykoterapia on masennuksen hoitomenetelmä. Lääkkeettömien hoitojen tavoitteena on auttaa syöpään sairastunutta ja hänen perhettään kehittämään selviytymiskeinoja. Tutkimukset syöpää sairastavien ja ahdistus- sekä masennusoireista kärsivien potilaiden kohdalla ovat Snydermanin ja Wynnin (2009, 711) mukaan tuottaneet erilaisia tuloksia. Yksiselitteisesti tutkimukset eivät tue psykososiaalisten interventioiden vaikutusta toipumiseen. Snyderman ja Wynn (2009, 711) viittaavat artikkelissaan 2008 julkaistuun Cochrane-tutkimukseen, jonka mukaan syöpään sairastuneiden masennuspotilaiden oireet ovat helpottaneet hoidon seurauksena paremmin kuin tavanomaisilla masennuspotilailla. Tutkijat raportoivat kurssista, missä potilaat seitsemän tapaamiskerran aikana opiskelivat ongelman ratkaisua vaikeissa stressitilanteissa, saivat tietoa masennuksesta ja sen hoidosta. Ohjaajana toimi hoitaja, joka oli säännöllisesti yhteyksissä onkologin ja perusterveydenhuollon lääkärin kanssa. Ryhmän kohdalla raportoitiin uupumuksen ja ahdistuksen vähentymisestä. Ryhmästä saatuja kokemuksia pidettiin käyttökelpoisina. Kognitiivisessa psykoterapiasuuntauksessa on kehitetty hoitomenetelmiä syöpään sairastuneille potilaille vähentämään toivottomuuden tunteita ja lisäämään selviytymiskeinoja sekä taistelutahtoa. (Snyderman & Wynn 2009, 713-714.)

4 DEPRESSIOKOULU

Masennusta kyetään hoitamaan menestyksekkäästi. Hoitokeinot voidaan jakaa lääkehoitoon, psykoterapiaan ja biologisiin hoitoihin. Usein yhdistelmähoidot ovat tuloksellisimpia. Masennuksen psykoterapeuttisia hoitomuotoja on erilaisia, yhteistä menetelmille on pyrkimys auttaa ihmistä hahmottamaan tilannettaan paremmin, lievittää oireita sekä tukea sopeutumista elämäntilanteisiin ja ihmissuhteisiin. Terapiamenetelmä valitaan henkilön tilanteen mukaan. Masennuksen lyhytterapeuttisista hoitomuodoista on tutkittu eniten kognitiivista lyhytpsykoterapiaa. Näyttö terapiamuodosta on vahva lieviin ja keskivaikeisiin masennuksiin liittyen. (Isometsä 2011a, 180.)

Kognitiivisen teorian mukaan masennus on seurausta kognitiivisista vääristymistä. Ihmiselle on elämäkokemuksen kautta kehittynyt negatiivisia ja jäykkiä uskomuksia, joiden kautta hän käsittelee saamaansa informaatiota ympäröivästä todellisuudesta. Ihminen hahmottaa itsensä, ulkomaailman ja tulevaisuutensa negatiivisesti. Masennuksesta kärsivä henkilö tuntee itsensä kyvyttömäksi, riittämättömäksi ja arvottomaksi, hän suuntautuu tulevaisuuteen negatiivisesti ja odottaa valmiiksi hylkäämistä ja epäonnistumista. Masentuneelle on tyypillistä tulkita automaattisesti uusia kokemuksia kielteisesti, mikä ylläpitää ja voimistaa edelleen masentunutta olotilaa. (Karila 2001, 57-58.)

Kognitiivinen terapia masennuksen hoidossa perustuu kognitiiviseen teoriaan. Terapian avulla henkilö oppii taitoja, joiden avulla hän pystyy tunnistamaan mieleen automaattisesti tulevia negatiivisia ajatuksia, uskomuksia ja olettamuksia. Ihminen oppii myös kyseenalaistamaan näitä ja muuttamaan niitä tilanteisiin sopivammiksi. (Karila 2001, 58-69.) Depressiokoulu perustuu kognitiiviseen terapiaan. Menetelmässä pyritään vaikuttamaan ihmisen haitallisiin ajattelumalleihin ja niiden muuttumiseen. (Koffert & Kuusi 2010, 5.)

Masennuksen ryhmämuotoista hoitoa on kehitetty Yhdysvalloissa 1970-luvulta lähtien. Tutkimusten avulla on koetettu löytää kustannustehokkaita menetelmiä masennuksen hoitoon. Kehittelijöinä toimivat Lewinsohn, Munoz, Yuongren,

Zeiss, jotka kirjoittivat ryhmiä varten työkirjan. Myöhemmin työkirjaa on muokattu ja sen käyttöä erilaisissa ryhmissä on laajennettu. Menetelmän nimi on ”Coping with depression” (CWD). Menetelmää käytettiin ensin masentuneiden nuorten, ikä-ihmisten ja intiaanien hoidossa sekä masennuksen riskiryhmässä oleville. Myöhemmin sen käyttöä on laajennettu koskemaan erilaisia ryhmiä. Ryhmää on käytetty myös syöpää sairastavien tukimuotona. (Lewinsohn ym. 1989, 481-485; Koffert 2002, 174.) Kurssin suomalaisen version kehittelijät ovat Katriina Kuusi ja Tarja Koffert. Heidän apunaan on toiminut version eurooppalainen kehittelijä Pim Cuijpers. (Jääskeläinen 2010, 78.)

4.1 Hoidon periaatteet

Depressiokoulu on ryhmämuotoinen masennuksen ja uupumuksen ehkäisy- ja hoitomalli. Ryhmätyöskentely soveltuu parhaiten lievistä masennuksesta kärsiville ihmisille, jotka ovat motivoituneet itsehoitotaitojen kehittämiseen. Toimintaa ohjaavat säännöt. Osallistujat sitoutuvat ryhmätyöskentelyyn, vaitioloon, päihitteettömyyteen sekä aikataulujen noudattamiseen. (Jääskeläinen 2010, 81-82.). Ryhmään osallistuu 4-8 jäsentä, ja se kokoontuu viikottain kaksi tuntia kerrallaan, yhteensä 8-10 kertaa. Seurantatapaaminen on yleensä parin kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä. Kurssin ohjaajat ovat saaneet kurssin vetämiseen koulutuksen. Ohjaajat eivät ole terapeutteja. (Jääskeläinen 2010, 80-81.)

Depressiokoulu ei ole psykoterapiaa, vaan opetuksellinen tapa lähestyä masennusta ja sen oireita perustuen kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan. Kurssilla käytetään tarkoitukseen kehiteltyä oppikirjaa. Ihmisiä autetaan kehittämään omia keinoja masennuksen ehkäisemiseksi ja lievittämiseksi. Tehtävissä perehdytään siihen, miten ajatukset, toiminnot, ongelmanratkaisutaidot tai sosiaaliset suhteet vaikuttavat mielialaan ja harjoitellaan taitoja, jotka auttavat eteenpäin. Jokaisen oppitunnin jälkeen osallistujat saavat kotitehtäviä ja mielialan seurantatehtävä on tärkeä tehtävä. Ryhmätapaamisten alussa käydään tehtävät läpi. Oppituntien ja kotitehtävien tavoitteena on, että ryhmäläinen tulee koko ajan tietoisemmaksi, mitkä asiat kulloinkin vaikuttavat mielialaan ja mitkä toimet auttavat mielialan laskiessa ja näitä keinoja hän ottaa käyttöön myös arjessa

kurssin jälkeen. Osallistujilla itsellään on päävastuu hoidon etenemisestä. (Koffert 2002, 175.)

Kurssin sisältö koostuu neljästä osa-alueesta: kognitiivisten taitojen harjoittelu, sosiaalisten taitojen harjoittelu, mielialaa kohottavien toimintojen lisääminen ja rentoutusharjoitukset. Oppituntien sisältö esitellään liitteessä 1.

4.2 Ryhmä ja vertaistuki

Ryhmämuotoinen hoito on todettu tehokkaaksi ja taloudelliseksi hoitomuodoksi. Tutkimuksista huolimatta vaikutusten mekanismeja ei vielä täysin tiedetä. Ryhmä voi tukea tai estää muutosta. Ryhmässä on mahdollisuus uuden oppimisen moninkertaistumiselle, kun taitoja voidaan mallintaa ja soveltaa useisiin samankaltaisiin yksilöllisiin ongelmiin. Ryhmässä vaikuttavat tunnesiteet ja arvostukset. Sosiaalisten taitojen opettelu mahdollistuu, samoin kuin aito kokemuksellisuus ja elämyksellisyys. Ryhmäläisiltä saa suoraa palautetta ja tukea (Lewinsohn ym. 1989, 470-471.) Depressiokoulu-ryhmien yhtenä osa-alueena on rentoutuminen ja sen harjoittelu. Rentoutusharjoitusten yhtenä tarkoituksena on myös ilmapiirin vapautuminen ja turvallisuuden lisääntyminen. (Lestinen ym. 2001, 329.)

Vertaistuki on samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien ihmisten toisilleen antamaa kokemukseen perustuvaa tukea ja perustuu luottamuksellisuuteen, vapaaehtoisuuteen ja vuorovaikutuksellisuuteen. Sairastuneen vertaistuki on samaa tai samantapaista sairautta sairastavien tai samantapaisessa elämäntilanteessa elävien keskinäistä tukea. Yksilö on vertaistuessa toimija, ei kohde. Vertaistuki voi olla erilaista eri alueilla ja toimia omaehtoisesti ja vapaasti tilanteen ja tarpeen mukaan. Vertaistukeen vaikuttavat tarpeiden lisäksi myös osallistujien voimavarat. Vertaistuessa ymmärretään toisten osallistujien samankaltaiset tarpeet ja toista voidaan auttaa sellaisissakin asioissa, missä ammattilainen ei pysty auttamaan oman kokemuksen puuttuessa. Ammattilaisen antamaa tukea tai hoitoa se ei kuitenkaan korvaa. (Mikkonen 2009, 1, 23.)

4.3 Ohjaajan rooli ryhmässä

Alkuperäisissä Lewinsohnin ym. kehittämissä CWD (Coping With Depression)-ryhmissä ohjaajat olivat terapiakoulutuksen lisäksi ryhmänohjaaja-koulutuksen saaneita henkilöitä. Aluksi uusi ohjaaja veti kurssin kokeneemman kanssa ja sai ohjausta ryhmän ajan. Myöhemmin hän pystyi vetämään ryhmää vastuuhenkilönä. Lewinsohnin ym. (1989, 480-481) mukaan strukturoidun ryhmän tulokset eivät olleet riippuvaisia ryhmän vetäjän henkilökohtaisista ominaisuuksista. Suomessa Depressiokoulun ryhmänohjaajalla on pääosin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutus. Koulutus kestää puoli vuotta ja sen aikana ohjaaja osallistuu itse ryhmään ja saa oman ryhmän vetämisen tueksi työnohjauksellista apua koulutusryhmästä ja sen vetäjältä. Ryhmänohjaajan tehtävä on toimia masennuksen asiantuntijana, ja luoda sekä tukea kannustavaa ja innostavaa ja luottamuksellista ilmapiiriä ryhmässä. Ohjaajan tärkeä tehtävä on pitää huolta sopimusten noudattamisesta ja ryhmän aikataulusta sekä tasapuolisuudesta. Ohjaajalla itsellään pitää olla selvillä ryhmän tavoite, jotta hän pystyy ohjaamaan ryhmäläisiä toimimaan tavoitteen mukaisesti. Jokaiselle ryhmäläiselle palautteen ja positiivisen kannustuksen antaminen on tärkeää. Pienetkin onnistumiset ovat merkityksellisiä. (Jääskeläinen 2010, 80-81.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota syöpää sairastavien kokemuksia osallistumisesta kahden työntekijän ohjaamalle Depressiokoulu-kurssille sekä työntekijöiden kokemuksia kurssin ohjaajana toimimisesta. Tavoitteena oli arvioida kurssin toimivuutta sekä osallitujien että ohjaajien näkökannalta sekä kurssin kehittäminen. Työelämälähtöisen opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

-Millaisia kokemuksia osallistujalla oli keväällä 2011 toteutetusta Depressiokoulu-kurssista?

-Millaista hyötyä/haittaa ryhmäläiset ja työntekijä kokivat, kun ohjaajina toimivat kaksi eri erikoisalan työntekijää?

6 TUKIMUKSEN TOTEUTUS JA KÄYTETYT MENETELMÄT

Päijät-Hämeen keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian yksikössä ideoitiin uusia ja toimivia työmuotoja. Ryhmämuotoinen toimintatapa ja sen kehittäminen vastaamaan yksikön tarpeita koettiin tärkeäksi. Depressiokoulukurssi-menetelmää on käytetty somaattisesti sairaiden henkilöiden hoidossa. Depressiokoulu-kurssi nähtiin soveltuvaksi ja edelleen kehitettäväksi menetelmäksi yleissairaalapsykiatrian yksikössä.

Yksi suurimmista yleissairaalapsykiatrian yksikön potilasryhmistä ovat syöpää sairastavat henkilöt. Tätä ajatellen ryhmän suunniteltiin koostuvan syöpää sairastavista henkilöistä. Onkologian yksikössä toimivalla työntekijällä ja yleissairaalapsykiatrian yksikön työntekijällä oli molemmilla Depressiokoulu-kurssin ohjaajakoulutus ja molemmat olivat tahollaan kursseja aikaisemmin järjestäneet. Työntekijät sopivat yhteistyössä toteutettavasta Depressiokoulu-kurssista. Molemmilla ohjaajilla oli tieto opinnäyteytöstä, mikä liittyi kurssiin.

Käytännön järjestelyistä ja kustannuksista sovittiin molempien työntekijöiden ja yksiköiden kesken. Esimiehet hyväksyivät suunnitelman. Molemmilla ohjaajilla oli alustava suunnitelma kurssille osallistujista, joista keskusteltiin myös yhdessä. Kaikki osallistujat haastateltiin ennen kursille osallistumista jommankumman ohjaajan toimesta. Haastatteluissa arvioitiin osallistujan kokonaistilannetta ja motivaatiota sekä kerrottiin kurssiin liittyvistä käytännön asioista. Osallistujille kerrottiin haastatteluvaiheessa, että heiltä pyydetään kurssin päätteeksi vapaaehtoisia nimettömiä palautteita. Palautteiden käytöstä menetelmän kehittämiseksi sekä toisen ohjaajan opintoihin liittyvästä opinnäytetyöstä kerrottiin ryhmäläisille haastattelussa. Osallistujille lähetettiin kirjeitse kutsu kurssille, missä kuvattiin myös kurssin sisältö ja ohjelma sekä ohjaajien yhteystiedot (Liite 2).

Depressiokoulu-nimitys vaihdettiin ”Voimavarakouluksi”, koska arveltiin sen olevan vähemmän leimaava ja siten helpottavan osallistujia tulemaan kurssille. Kaikki kurssille osallistuneet eivät kokeneet itseään masentuneeksi, vaan enemmänkin uupuneeksi pitkäaikaisen sairauden kanssa eläessään. Kurssista käytetään jatkossa nimitystä ”Voimavarakoulu”. Opinnäytetyötä varten

Päijät-Hämeen keskussairaalan psykiatrian tulosalueen ylihoitajalta myönsi luvan käyttää kurssille osallistuvien henkilöiden antamia palautteita (Liite 6).

Voimavarakoulu järjestettiin keväällä 2011. Ryhmä kokoontui kevään aikana viikoittain kahdeksan viikon ajan. Ryhmäistunto kesti kaksi tuntia ja puolessa välissä oli 15 minuutin kahvitauko. Kahvitauon aikana ohjaajat olivat yleensä muualla. Kokoontumiskerran päätteeksi oli rentoutusharjoitus. Ryhmä kokoontui säännöllisesti samana viikonpäivänä ja samaan kellonaikaan. Ryhmä kokoontui vielä loppukesällä kertaustapaamiseen. Ryhmää varten varattiin viihtyisä huone, missä oli mahdollisuus rentoon vuorovaikutukseen.

Voimavarakoulun aloitti seitsemän henkilöä, joista yksi joutui lopettamaan ensimmäisen kerran jälkeen. Kurssin alussa kerrottiin uudelleen opinnäytetyöhön liittyvästä palautekyselystä, mikä toteutettaisiin kurssin päätteeksi. Palautekyselyt ohjeineen (Liite 3 ja 4) jaettiin osallistujille toiseksi viimeisellä kerralla ja heitä pyydettiin palauttamaan se viimeisellä tapaamiskerralla. Molemmilla ohjaajilla oli tiedossa oman palautteen antaminen. Voimavarakouluun osallistujille tarkoitetussa palautekyselyssä oli viisi avointa kysymystä, jotka muotoutuivat tutkimustehtävän kautta. Ohjaajille tarkoitetussa palautekyselyssä oli kolme avointa kysymystä (Liite 5).

Opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivista eli laadullista menetelmää.

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii todellisen elämän monimuotoiseen kuvaamiseen, kun tavoitteena on jonkin ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen. Tietoa kootaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa luonnollisissa tilanteissa. Tietoa kerätään yleisimmin havainnoimalla, haastattelemalla, kyselyillä tai erilaisista dokumenteista. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin kuten kvantitatiivisissa tutkimusmenetelmissä vaan niissä pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa. Kohdejoukko valitaan tutkimukseen tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotoksen menetelmää käyttäen (Hirsjärvi 2010, 160-164; Tuomi & Sarajärvi 2002, 73-76.) Tässä opinnäytetyössä on tietoa kerätty henkilöiltä, jotka sairastavat syöpää, kärsivät eriasteisista mielialaoireista ja osallistuivat kurssille. Tietoa on kerätty palautekyselyn avulla. Kysely valittiin, koska se on ajankäytön suhteen helpompi toteuttaa ja siksi, että kurssille osallistujien olisi helpompi vastata siihen omassa rauhassaan. Tutkimuslupa koski

palautteiden käyttöä tutkimuksen aineistona. Sama koski ohjaajille suunnattua kyselyä. Opinnäytetyön tekijä toimi itse ryhmän ohjaajana, mikä voi huonontaa kyselyyn vastaavien aitojen kokemusten esiin tuomista. Mahdollisimman suuren anonymiteetin turvaaminen voi kuitenkin lisätä luotettavuutta. Kyselyn ongelmana voi olla vastauskato. Tämän opinnäytetyön palautekyselyssä neljä kurssille osallistunutta antoi kirjallisen palautteen. Lisäksi kirjallisen kyselyn ongelmana voivat olla kirjoittamista haittaavat tekijät, kuten aistiongelmat tai kyky ilmaista itseään kirjoittamalla. Haastattelussa voidaan asioita helpommin esimerkiksi tarkentaa ja siten saavuttaa tietoa tulkinnoista sekä merkityksistä. (Tuomi & Sarajärvi 2001, 74-76.)

Palautteiden saamisen jälkeen niihin perhehdyttiin huolellisesti. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Miles ja Huberman (1984) ovat kuvanneet induktiivisen sisällönanalyysin kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäistä vaihetta kutsutaan aineiston redusoinniksi, missä kerätystä aineistosta karsitaan tutkimustehtävän mukaan pois epäolennainen. Redusoinnissa voi käyttää hyväksi erilaisia värejä erottelemaan eri ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Seuraava vaihe on klusterointi, missä ryhmitellään samaa tarkoittavat ilmaukset ja nimetään ne taas omaksi luokakseen. Luokittelussa aineisto tiivistyy, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Kolmannessa vaiheessa eli abstrahoinnissa luodaan teoreettiset käsitteet. Tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja sen perusteella pyritään muodostamaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä voidaan jatkaa niin pitkälle kuin mahdollista ja saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-115.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Voimavarakouluun osallistujien hyvät kokemukset

Ryhmän pieni koko koettiin hyväksi. Pienessä ryhmässä osallistujat kokivat olonsa turvalliseksi, ja asioiden jakaminen oli luottamuksellista.

”Pienessä ryhmässä on helpompi vaihtaa mielipiteitä.”

”Hyvä pieni ryhmä.”

”En juurikaan jännittänyt tilaisuuksia, enkä ajatellut, että mitähän arkaluonteista siellä käsitellään.”

Ryhmä muodostui samaa sairautta sairastavista henkilöistä ja tämä vertaistuki koettiin hyväksi. Osallistujat saivat ymmärrystä itselleen ja uusia näkökulmia sekä ajatuksia suhtautua asioihin. Osallistujilla oli kokemus, että he pystyivät antamaan myös jotain muille ryhmäläisille. Osallistujat kuvailivat yhteenkuuluvuudentunnetta, minkä ryhmään kuuluminen toi. Kurssille osallistuminen toi iloa ja voimia selviytyä.

”Olin avoin ja suhtauduin positiivisesti kurssiin sekä olin vilpittömästi kiinnostunut toisten tarinoista, selviytymisestä ja kokemuksista. Myöskin sama sairausryhmä helpotti vuorovaikutusta ja sairauden tuomien ongelmien ymmärtämistä.”

”Antoisaa ja vahvistavaa kuulla erilaisia kokemuksia.”

”Yhteinen asia, pelko, hätä yhdistää.”

”Sai annettua ajatuksia ja kuunnella muiden kokemuksia ym.”

”Ryhmään osallistujat olivat avoimia, välittömiä ja huumorintajuisia vakavienkin asioiden edessä.”

Osallistujat kokivat saaneensa kurssilla tietoa. He kokivat saaneensa tietoa syöpäsairaudesta sekä sairastamiseen liittyvistä käytännön asioista (esim. hoidoista, hoitojen sivuoireista, edunvalvontaan liittyvistä asioista) sekä psyykkisiin oireisiin liittyvistä asioista. Kurssin liittyvät tehtävät auttoivat miettimään omaa tilannetta ja kehittämään omia selviytymiskeinoja.

”Annetut ohjeet ja vinkit antavat eväitä selvitä jatkossa, keinoja selviytyä masennuksesta.”

”Ongelmien ratkomista omalla kohdalla.”

”Annetut tehtävät pakottivat miettimään omaa käyttäytymistä ja selviytymistä.”

Ohjaajien ammattitaito koettiin hyväksi. Heidän koettiin tukevan välitöntä vuorovaikutusta ja ohjaavan ajankäyttöä sekä huolehtivan tasapuolisuudesta. Ohjaajien koettiin hyvin soveltavan kurssin sisältöä ryhmässä. Ohjaajilla oli tietoa erilaisista asioista omalta erikoisalaltaan.

”Ohjaajat antoivat sopivasti tilaa keskustelulle ja mikä hienoa esittivät kysymyksiä keskustelun lomassa sekä yleisesti että myös henkilökohtaisesti.”

”Kotitehtävien suhteen oltiin sopivan joustavia.”

Kurssi toteutettiin kaksi tuntia kestävinä istuntoina ja istunnon puolella välissä oli kahvitauko. Tauko koettiin hyväksi, se antoi mahdollisuuden epämuodollisempaan keskusteluun. Usein vetäjät olivat kahvitauon ajan muualla.

”Pieni kahvitauko antoi myös mahdollisuuden vapaaseen keskusteluun.”

Istunnon päätteeksi toteutettu rentoutusharjoitus koettiin hyväksi.

”Lopuksi rauhoittavaa musiikkia ja tekstiä. Olisi joskus voinut nukahtaa. Todella rentoutui.”

7.2 Voimavarakouluun osallistujien huonot kokemukset

Raskaana koettiin ikävien asioiden käsittely, koska siitä saattoi seurata oman uupumuksen takia ahdistuneisuutta.

”Tietyissä mielentilassa ns. ikävät tarinat tuovat ahdistusta jossain määrin.”

Jotkut ryhmäläisistä olivat huolissaan tasapuolisuudesta. Heidän mielestään kaikki ryhmän jäsenet eivät saaneet tasapuolisesti mahdollisuutta jakaa ajatuksiaan.

”Ehkä kaikki ryhmän jäsenet eivät saaneet, jaksaneet kertoa omia näkemyksiään riittävästi.”

7.3 Voimavarakouluun osallistujien kokemukset ohjaajista

Kaksi ohjaajaa kurssin vetäjinä koettiin hyväksi kaikissa palautteissa. Yksi ryhmäläisistä oli sitä mieltä, että pienen ryhmäkoon vuoksi yksikin ohjaaja olisi voinut riittää ja yhdessä palautteessa pohdittiin, lisäsikö kahden ohjaajan mukana olemisen rönsyilyä ja epäjohtonmukaisuutta. Ohjaajien erikoisosaaminen eri aloilta koettiin hyväksi, koska silloin tiedon määrä eri osa-alueista oli suurempi ja eri näkökulmien pohdiskelu mahdollistui. Palautteissa koettiin ohjaajien eri alojen asiantuntemuksen täydentävän toisiaan.

”Oli hyvä, että toisella ohjaajista oli pitkä ammattitaito syöpään sairastuneiden hoidosta, etuuksista, kuntoutuksesta, ym. Tätä osaamista täydensi toinen ohjaaja, jolla oli ammattitaitoa/tietoa psyykkeestä ja miten sairaus siihen vaikuttaa. Hyvä ammatillinen parivaljakko. Koska kurssilaisilta tulee paljon asiaa ja sisältö on moninainen on hyvä, että ohjaajia on kaksi ja molemmat voivat tietämykseltään vastata/ottaa kantaa/esittää kysymyksiä ym. ja näin saadaan asioihin syvyyttä.”

”Kaksi ohjaajaa oli hyvä, toisaalta voisi olla yksikin ohjaaja, kun on pienestä ryhmästä kysymys.”

”Ehkä kurssi etenisi johdonmukaisemmin yhden ohjaajan vetämänä, ei syntyisi ns. rönsyilyä.”

7.4 Voimavarakoulun ohjaajien kokemuksia ryhmän ohjaamisesta

Molemmat ohjaajat kokivat ensimmäisen yhdessä ohjatun kurssin onnistuneen hyvin tai melko hyvin. Käytännön järjestelyjen koettiin sujuneen hyvin. Ryhmän ilmapiiri koettiin vapautuneeksi ja aktiiviseksi.

”Kurssi toteutui ensimmäiseksi kerraksi hyvin.”

”Kurssin käytännön järjestelyt sujuivat hyvin. Esimiehet suhtautuivat hyvin ja tilat sekä kulut saatiin mukavasti järjestettyä.”

”Osallistujat olivat aktiivisia ja innokkaita. Ryhmän ilmapiiri oli vapautunut, rakentava sekä rohkea. Vaikeista asioista puhuttiin.”

Ohjaajat kokivat kahden ohjaajan täydentävän toisiaan, kun heillä oli molemmilla pitkä kokemus omalta erikoisalaltaan. Koettiin, että kurssin tavoite saavutettiin paremmin, kun osallistujille pystyttiin tarjoamaan erityistietoa sekä syöpään liittyvissä asioissa että psyykkiseen oireiluun liittyvissä asioissa.

”Ryhmässä käsiteltiin paljon syöpäsairauteen liittyviin käytännön asioihin. Vetäjäkaveri pystyi tähän tarpeeseen vastaamaan, minä en.”

”Psyk.terapeutti en kuitenkaan ole, enkä voi olla tällä koulutuksella. Vaikka minulla on pitkä hoitoalan kokemus, kohtaan kuitenkin potilaan eri roolissa. Joten oli hyväksi psyk.puolen osajan kanssa työskentely.”

”Uskon, että itse olen voinut omalla ammattitaidollani tukea toista ryhmänvetäjää.”

Ohjaajat kokivat, että kurssin suunnittelu ohjauksen ja yhteisten linjojen suhteen ei onnistunut. Ohjaajat ovat tehneet aikaisemmin satunnaisesti yhteistyötä ja tämä oli ensimmäinen yhdessä ohjattu ryhmä. Alun perin suunniteltiin, että jokaisen ryhmätapaamisen jälkeen olisi ollut palautekeskustelu ohjaajien kesken. Tämä toteutui vain satunnaisesti. Ohjaajat kokivat, että tästä syystä yhteinen linja kurssin suhteen jäi puutteelliseksi ja ohjaajana toimiminen oli ajoittain vaikeaa.

”Meidän puutteenamme oli se, että emme sopineet tarpeeksi hyvin edeltävästi toimintatapoja. Menimme melko kylmiltään tilanteseen omien aikaisempien kokemusten mukaan.”

”Ennen kurssia sovimme palaute-keskusteluista jokaisen ryhmän jälkeen, mutta nämä eivät täysin onnistuneet.”

”Omasta puolestani voisin sanoa, että en tarpeeksi arvostanut saman tien tapahtuvan palautteen ja sitä kautta reflektiomahdollisuuden merkitystä. Myöhemmin sen kyllä ymmärsin.”

”Emme tunteneet toistemme persoonallista työtapaa ja tämä ehkä aiheutti hämmennystä joskus.”

”Erilaiset painotukset olisi hyvä käsitellä etukäteen. Esimerkiksi tässä ryhmässä verrattuna aikaisemmin vetämiini Depressiokouluihin oli suurena erona syöpä-tiedon osuus.”

Ohjaajat totesivat, että kurssin valmis struktuuri auttoi kuitenkin tavoitteen saavuttamisessa.

”Molemmat olivat perillä kurssin perusajatuksista ja ohjelmasta, mikä auttoi kurssin eteenpäin menossa.”

8 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETOA

8.1 Ryhmäläisten kokemuksia

Kurssille osallistujilla oli heidän antamiensa palautteiden mukaan kaikilla hyvä kokemus ryhmään osallistumisesta. Ryhmä koettiin turvalliseksi, asioiden jakaminen oli luottamuksellista. Ryhmän jäsenet kuvasivat osallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteita. Ryhmän muut jäsenet ja ohjaajat koettiin empaattisiksi, hyväksyviksi. Koettiin, että omia ajatuksia ja tunteita sai vapaasti tuoda esille. Ennen kurssin alkua ja heti sen alussa puhuttiin vaihtoehtoisuudesta ja sen merkityksestä. Ryhmäläiset sitoutuivat pitämään ryhmään liittyvät asiat ryhmän sisällä. Ryhmäläiset pystyivät jakamaan vaikeitakin asioita ja kokivat saavansa ymmärrystä ja tukea omaan tilanteeseensa.

Ryhmä koostui samaa sairautta sairastavista ihmisistä. Ryhmäläiset kokivat samankaltaisen taustan hyväksi. Vertaistukikokemus oli selkeästi vaikuttamassa myös turvallisuuden tunteen kehittymiseen ja ymmärryksen tunteisiin. Ryhmäläiset kokivat, etteivät ole yksin tilanteessa vaan samankaltaisia asioita kokeneita ihmisiä on ympärillä. Oman tilanteen hyväksyminen oli helpompaa ja yhteenkuuluvaisuus toi iloa ja lisää voimia.

Ryhmäläiset kokivat saaneensa kurssilla tietoa. Tietoa he saivat psyykkisiin oireisiin ja niiden hallintaan liittyvistä asioista. Työkirja ja siinä olevat tehtävät koettiin edesauttavan asioihin paneutumista. Kotitehtävien kautta asioita mietittiin muuallakin kuin ryhmässä. Syöpäsairauteen ja sen hoitoon liittyvistä asioista, edunvalvontaan liittyvistä asioista sekä muista palveluista ryhmäläiset kokivat saaneensa tietoa toisilta ryhmäläisiltä sekä ohjaajilta.

Kurssin rakenteeseen liittyen osallistujat kokivat hyväksi ryhmäistunnon aikana pidetyn tauon, jolloin vapaampi keskustelu oli mahdollista. Istuntojen jälkeen oli rentotusharjoitus, joka koettiin hyväksi. Harjoitusten lisäksi kurssilla keskusteltiin rentoutumisen merkityksestä, esimerkiksi psyykkisten oireiden ja kivun hallinnan kannalta.

Ohjaajien ammattitaito arvioitiin hyväksi. Erikoisosaaminen toi lisäarvoa, kun ryhmäläiset saivat ammatillista tietoa erilaisista asioista. Kahden vetäjän

toteuttamaa kurssia pidettiin hyvänä, mutta yhdessä palautteessa pohdiskeltiin tuoko se kuitenkin erityistä lisäarvoa, koska ryhmä oli pieni. Ryhmäläiset kokivat ohjaajien edesauttavan ryhmän vuorovaikutusta ja heidän koettiin huolehtivan tasapuolisuudesta. Tasapuolisuudesta oltiin myös huolissaan. Mietittiin, johtuuko jonkun ryhmäläisen hiljaisuus hänen omasta toiveestaan vai oliko hänen vaikea tuoda itseään esille muiden ryhmäläisten aktiivisuuden takia. Ohjaajien roolia tasapuolisuuden ylläpitämisessä pidettiin tärkeänä.

Huonoksi kokemukseksi kurssilla koettiin ahdistavien asioiden nouseminen esille. Mikäli oma olo koettiin heikoksi, vaikeiden asioiden käsitteleminen saattoi pahentaa oloa.

Depressiokoulu-kurssille osallistujien kokemuksia on selvitetty muuallakin ja kokemukset ovat vastaavanlaisia. Vertaistuki ja tieto on koettu keskeisenä antina kurssilta. Ryhmät on koettu turvallisiksi ja kannustaviksi sekä niistä on saatu keinoja selvitä arjessa. (Niemi 2007, 36-37; Hynninen & Lento 2003, 89-91.)

8.2 Ohjaajien kokemuksia

Molemmat ohjaajat arvioivat ensimmäisen yhdessä toteutetun kurssin onnistuneeksi siihen nähden, että kyseessä oli ensimmäinen kerta. Kurssin toteutukseen liittyvät käytännön järjestelyt sujuivat hyvin. Ryhmän ilmapiiri koettiin vapautuneeksi ja aktiiviseksi. Ohjaajat kokivat erilaisten ammatillisten osaamisten täydentävän toisiaan ja siten hyödyttävän ryhmäläisiä ja ohjaajakollegaa paremmin.

Ohjaajat kokivat ongelmallisena huonon suunnittelun, mikä näkyi kurssin aikana erityisesti omana epävarmuutena suhteessa toiseen vetäjään. Aikaisemmat kokemukset kurssin vetäjänä jouduttiin miettimään uudelleen ja sopeuttamaan uuteen toimintatapaan. Ohjaajat kokivat istuntojen jälkeisen palautekeskustelun puutteen ongelmallisena. Ohjaajakollegan työtavan tunteminen koettiin tärkeäksi. Kurssin valmiin struktuurin koettiin selkeyttävän ohjausprosessia. Vastaavanlaisia kokemuksia selkeän struktuurin hyödyllisyydestä on muissakin tutkimuksissa. (Niemi 2007, 36-37; Hynninen & Lento 2003, 91-92.) Molempien ohjaajien aikaisemman kokemuksen koettiin tuovan varmuutta ohjaajan tehtävään.

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyön tarkoituksena ei ole pysähdyttää maailmaa, mutta seisahtua kuvaamaan pientä hetkeä kokonaisuudessa. Tutkimustulos ei ole yleistettävissä. Tutkimus kohdistui tiettyyn ryhmään ja uusittaessa tulos voi olla erilainen. Kvalitatiivinen tutkimus voikin toimia alustavana aiheen haltuunottona ja ”lähtökuoppa” lisätutkimuksille. Menetelmää voidaan käyttää myös ”äänenä hiljaisille”, tutkimus toimii kaiuttimena. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusprosessiin kokonaisuudessaan, sen eri vaiheisiin ja raportointiin. (Hakala 2010, 20-21.) Tutkimustulosten esittelyssä käytettiin paljon suoria lainauksia todellisen maailman esittämiseksi.

Kysely aineiston keruumenetelmänä on kaksijakoinen. Aineisto voi olla pinnallista ja teoreettisesti vaatimatontakin. Haastattelussa voisi vastauksista saada rikkaampia. Tarkentavat kysymykset eivät kyselyssä ole mahdollisia. Vastauksissa voivat vaikuttaa vastaajan kyvyt ja motivaatio vastata kyselyyn. Kato voi pienentää aineistoa. Tässä opinnäytetyössä palautteen antoivat kaikki siihen kykenevät osallistujat. Kirjalliset ja nimettömät palautteet säilytettiin asianmukaisesti ja hävitettiin käsittelyn jälkeen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74-76.)

Kurssin ohjaajan ja samanaikainen rooli tutkijana voi vääristää palautteita. Palautteen antaja voi kokea, ettei halua loukata ja siksi antaa vähemmän totuudenmukaisen palautteen. Kirjallinen ja nimetön palautekysely voi suojata anonymiteettiä ja rohkaista vastaajaa totuudenmukaiseen palauteeseen. Ohjaajien kohdalla pyrittiin suojaamaan anonymiteettiä jättämällä pois tarkemmat kuvaukset työntekijöistä tai heidän tehtävistään.

Lähtökohtana on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkimuslupa koski kurssille osallistuvien sekä ohjaajien palautteita ja niitä opinnäytetyössä käytettiin. Osallistujat ovat saaneet itse päättää haluavatko palautteellaan osallistua tutkimukseen. Opinnäytetyö täyttää eettiset näkökohdat. Opinnäytetyöstä kerrottiin osallistujille etukäteen ja annettu mahdollisuus kysyä ja keskustella yksityiskohdista enemmän tai kieltäytyä siitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 128.129.)

Kerätty palaute käsiteltiin luottamuksellisesti. Toinen kurssin ohjaajista sai myös palautteet nähtäväkseen. Eettisyys, vaitiolovelvollisuus sekä salassapitovelvollisuus totetuivat. Kurssin toteutumisen tarkkaa aikataulua ei opinnäytetyössä kerrottu yksityiskohtaisesti. Kurssille osallistujien nimiä, sukupuolta tai muita tunnistetietoja ei ilmaistu työn missään vaiheessa. Osallistujille kerrottiin, mistä he löytävät valmiin työn ja heidän halutessaan toimitetaan se heille nähtäväksi.

Ohjaajat tiesivät jo kurssin suunnitteluvaiheessa palautteiden käytöstä opinnäytetyössä ja he ovat myös tottuneet käsittelemään palautetta työssään. Palautteita käytetään toiminnan kehittämässä eri yksiköissä ja se on kaikkien työntekijöiden tiedossa. Molemmilla ohjaajilla oli taustalla ajatus, että tutkimuksella on tarkoitus kehittää kummankin hyväksi kokemaa menetelmää. Kurssin ohjaajan roolissa opinnäytetyön tekijä antoi oman palautteensa samaan aikaan kuin toinen ohjaaja ja ne käsiteltiin yhtä aikaa.

Opinnäytetyössä tutkittiin sitä, mitä luvattiin ja työvaiheet pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman tarkasti.

10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön perusteella näyttää siltä, että Voimavarakoulu-kurssi on mielekäs työskentelymalli syöpää sairastaville ja masennusoireista kärsiville henkilöille. Voimavarakoulu antoi osallistujille uutta tietoa masennusoireista ja mahdollisuuden miettiä jo aikaisemmin saatua tietoa uudelleen sekä soveltaa tietoa omalle kohdalle. Kurssin tehtävien avulla osallistujat pystyivät kehittämään omia keinojaan masennusoireiden lievittämiseksi. Kurssille osallistuneet kokivat saaneensa myös hyödyllistä tietoa syöpä-sairaudesta, sen hoitoon liittyistä asioista sekä etuisuusasioista. Vertaistuen merkitys oli palautteiden mukaan tärkein anti ryhmän jäsenille. Vertaistukea ja sen voimaannuttavaa vaikutusta on tutkittu paljon ja tämän opinnäytetyön tulokset ovat yhteneväisiä tutkimusten kanssa. Osallistujat kokivat tulleeensa kuulluiksi sekä ymmärretyiksi ja pystyivät tukemaan toisia ryhmäläisiä. Kurssille osallistuneet kokivat, että hyvinvointi ja itsehoitotaidot lisääntyivät kurssin avulla. Honkosen ja Pasternacin näytönastekatsauksessa (2008) on selvitetty samansuuntaisia kokemuksia masennuksen itsehoitokursseille osallistuneilta henkilöiltä.

Ohjaajien ammattitaito koettiin tärkeäksi. Ryhmän vetäjinä oli kaksi oman alansa erikoisosaajaa ja molempien panos toi ryhmään lisäarvoa. Ryhmässä käsiteltiin paljon syöpään liittyviä asioita, jotka eivät varsinaisesti kurssin struktuuriin kuuluneet. Ajankäytöllisesti tämä oli haastavaa. Ryhmän kannalta olisi kuitenkin ollut huonoa, mikäli asioita ei olisi pohdiskeltu eri näkökulmilla. Ohjaajien mielestä erikoisosaaminen toi lisäarvoa ryhmälle ja he pystyivät tukeutumaan toistensa ammattitaitoon. Depressiokoulu-kurssi on strukturoitu menetelmä ja kurssin vetäjillä on koulutus kurssin vetämiseksi. Koulutukseen kuuluu myös osallistuminen itse kurssiin. Lewinsohnin ym. (1989, 480-481) tutkimuksessa oli selvitetty ohjaajan henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitystä ryhmälle ja todettiin, että sillä ei ole juurikaan merkitystä ja tulokset eri ohjaajien ryhmissä ovat samansuuntaisia. Lewinsohnin ym. (1989, 480) tutkimuksessa todettiin, että selkeä kurssin struktuuri edesauttaa ohjaajien henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutusta ryhmän toimintaan. Ohjaajien kokemukset ryhmän ilmapiiristä olivat samansuuntaisia ryhmäläisten kokemusten kanssa. Vertaistuen voima näkyi kurssin alusta lähtien. Ryhmäläiset antautuivat hyvin avoimeen

vuorovaikutukseen, missä ei kaihdettu vaikeidenkaan asioiden käsittelyä. Ilo ja suru jaettiin aidosti.

Ohjaajat toivat yhteen ääneen esille, että kurssin huono suunnittelu ja palautekeskustelujen puute oli ongelma ja näkyi ajoittain ohjaajien roolin epävarmuutena. Ryhmässä ongelma ei palautteiden mukaan näkynyt ja syyksi arveltiin molempien aikaisempaa kokemusta kurssin ohjaajana. Kuten kaikessa toiminnassa, on hyvä suunnittelu erittäin tärkeää ja tässäkin se tosiasia tuli jälleen todennetuksi. Toki hyvä suunnittelukaan ei poista sitä inhimillistä tosiasiaa, että ihmisten on opeteltava sellaista, mitä eivät aikaisemmin ole tehneet. Uusien ihmisten kanssa toimiminen ja yhteisen sävelen löytäminen vie aikansa.

Ryhmämuotoinen työskentelymalli sopii hyvin yleissairaalapysykiatrian poliklinikan toimintaan. Psykiatrian tulosalueen sisäisenä koulutuksena alkoi syksyllä 2012 ryhmäpsykoterapian perusteet-koulutus. Koulutukseen osallistuu henkilökuntaa tulosalueen avo- ja osastoyksiköistä. Tarkoituksena on kehittää yksikössä erilaisia ryhmähoidon malleja. Yleissairaalapysykiatrialta koulutukseen osallistuva työntekijä toteuttaa koulutukseen liittyvän ryhmän Depressiokoulukurssin struktuurilla Parkinsontautia sairastaville henkilöille yhdessä työparin kanssa. Lisäksi yhteistyöstä kurssien järjestämiseksi on alustavasti keskusteltu sydänkuntoutusohjaajan kanssa. Jatkossa Depressiokoulukurssi-ryhmiä voisi tutkia edelleen, esimerkiksi vertailla eri potilasryhmille järjestettyjen kurssien toimivuutta keskenään. Ryhmien sisältöä ja rakennetta sovellettaessa tulee pohdiskella edelleen ryhmän tarkoitusta. Potilasjärjestöillä on paljon vertaistukitoimintaa ja sopeutumisvalmennusta. Miten ylläpidetään hyvää tasapainoa kurssin strukturoidun sisällön ja muuhun sairastamiseen liittyvien painotusten suhteen niin, että se olisi mahdollisimman tarkoituksen mukainen osa potilaiden hoitoa.

LÄHTEET

- Hakala, J.T. 2010. Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa Aaltola, J., Valli,R. (toim.) 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva. PS-kustannus, 20-21.
- Heiskanen, T., Tuulari, J., Huttunen, M.O 2011. Masennuksen monet ulottuvuudet. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M.O, Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7-15.
- Hirsjärvi, S. 2010. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hirsjärvi,S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi, 160-64.
- Honkonen, T., Pasternack, I. 2008. Ryhmämuotoisten psykoedukaatiosovellusten (muun muassa depressiokoulut) vaikutus depressio-oireiden vähenemiseen. Näytönastekatsaukset. Työterveyslaitos 2012. Artikkelin tunnus: nako6735 (ooo.ooo) Viitattu: [17.3.2013] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=honkonen%20ja%20pasternack
- Huttunen, J. 2011. Masennustilojen yhteydet muihin sairauksiin. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M.O, Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 295-314.
- Hynninen, M., Lento, L. 2003. Coping With Depression -kurssin evaluointi mielenterveyspotilaiden omaisten ja kuntoutusasiakkaiden ryhmissä. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://www.students.tut.fi/~kiviranp/Gradu.pdf>
- Isometsä, E. 2011a. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 154-93.
- Isometsä, E. 2011b. Masennustilan oireet, hoidon periaatteet ja sairauden kulku. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M.O, Tuulari, J. (toim.) 2011. Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17-34.

Jääskeläinen, A. 2010. Depressiokoulu eli masennuksen ryhmämuotoinen hoitomalli. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M., Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi, 78-81.

Karila, I. 2001. Masennushäiriöt. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) 2001. Kognitiivien psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57-79.

Koffert, T. 2002. Masennuksen ryhmämuotoinen hoito. Teoksessa Haarakangas, K. (toim.) 2002. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Koffert, T., Kuusi, K. 2010. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Työkirja. 15. painos. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.

Käypä hoito-suositus. Depressio. Duodecim ja Suomen psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2010. Viitattu: [2.2.2013] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Lestinen, J., Mönkkönen, J., Pursiainen, O., Ruotsalainen, S. 2001. Ryhmämuotoinen kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. (toim.) 2001. Kognitiivien psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 324-36.

Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M., Clarke, G.N. 1989. The coping with depression course Review and future directions. Canadian Journal Behavioral Science, 21, 470-493.

Mikkonen, I. 2009. Sairastuneen vertaistuki. Kuopion yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja. Saatavissa: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1232-8.pdf>

Niemi, H. 2007. Depressiokoulu-työmenetelmän arviointiselvitys. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä menetelmästä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Pohjois-Pohjanmaan osaamiskeskus. Lapin sairaanhoitopiiri. Rovaniemi. Saatavissa: http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paattyneet-hankkeet/mielenterveyshankkeet/Depressiokoulu_raportti_lokakuu2007.pdf

Rackley, S., Bostwick, J.M. Depression in Medically Ill Patient. Psychiatric Clinics of North America Journal. 2012 Mar;35(1):231-247.

Riihimäki, K. 2010. Masennus sairautena. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M., Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Vammala: Tammi, 9-10.

Snyderman, D., Wynn, D. Depression in Cancer Patients. Primary Care: Clinics in Office Practice Journal 2009 Dec;36(4):703-719.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Vauva-lehti, keskustelufoorumi. 4.12.2011, klo 21.20. Nimim. ”Vierailija”. Saatavissa: http://www.vauva.fi/keskustelu/1516922/ketju/milta_tuntuu_kun_tajuaa_etta_on_sairastunut_masenn

Äärelä, E. 2004. Depressio ruumiillisen sairauden yhteydessä. Lääketehtas Oy H. Lundbeck

LIITTEET

Liite 1

Depressiokoulun oppituntien sisällöt:

1.Oppitunti: Mitä masennus on?

2.Oppitunti: Kuinka tekeminen vaikuttaa mielialaan

- Tee enemmän mukavia asioita
- Mitä on mukava tekeminen
- Päivittäinen rentoutumisharjoitus: Aktiivinen lihasrentoutus

3.Oppitunti: Miellyttävien toimintojen lisääminen

- Miellyttävien asioiden suunnittelu
- Kokeile itsesi muutosohjelmaa
- Päivittäinen rentoutumisharjoitus: Hengitysrentoutus

4.Oppitunti: Kuinka ajatukset vaikuttavat mielialaan

- Ajatuksesi vaikuttavat arkielämääsi
- Ajatusten kanssa työskentely
- Opettele tunnistamaan erityyppisiä ajatuksia
- Opettele tunnistamaan masennuksen aiheuttamat ajatusvääristymät

5.Oppitunti: Kuinka ajatusten kanssa työskennellään

- Keinoja ajatusten muuttamiseksi
- Optimismin puolustus

6.Oppitunti: Ongelmien ratkaisu ja tavoitteiden saavuttaminen

- Mikä on ongelmasi?
- Mikä on tavoitteesi?
- Aivoriihi: ratkaisuvaihtoehdot tavoitteen saavuttamiseksi
- Tehtävässä edistyminen

7.Oppitunti: Toiset ihmiset ja sinä

- Syy vai seuraus?
- Sosiaalinen tuki
- Millaisen vaikutelman annat itsestäsi muille?
- Vuorovaikutustaitojen harjoittelu
- Kontaktien lisääminen

8.Oppitunti: Yhteyksien luominen toisiin ihmisiin

- Kuinka lisäät miellyttäviä kontakteja, vaikka et tunne paljon ihmisiä
- Yhteyksien lisääminen tuttuhin ihmisiin
- Suunnittele elämäsi mieleiseksesi
- Aseta itsellesi tavoitteita

9.Oppitunti: Tulevaisuudensuunnitelma ja masennusta ehkäisevät toimet

- Elämääsi hallitsevat perusolettamukset
- Voit opetella taitoja, jotka auttavat sinua elämässäsi
- Kurssilla saadun tiedon ja taitojen käyttömahdollisuudet

10.Oppitunti: Mistä oma työkalupakkisi koostuu?

(Koffert, Kuusi 2010, 3.)

Liite 2

Voimavara-kurssi

Kurssilla opiskellaan masennuksen ja uupumuksen itsehoitoa. Opit kurssilla taitoja, jotka tukevat selviytymistäsi arjessa vakavan sairauden kanssa. Tavoitteena on hyvä mieli ja psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen. Kurssiin kuulu oppikirja, jonka mukaan tunnit etenevät. Oppikirjan saat kurssilta. Kurssi on sinulle maksuton.

Kurssi koostu seuraavista sisällöistä:

- Kuinka tekeminen vaikuttaa mielialaan*
- Miellyttävien toimintojen lisääminen*
- Kuinka ajatukset vaikuttavat mielialaan*
- Kuinka ajatusten kanssa työskennellään*
- Ongelmien ratkaisu ja tavoitteiden saavuttaminen*
- Toiset ihmiset ja sinä*
- Yhteysksien luominen toisiin ihmisiin*
- Tulevaisuuden suunnitelmat ja masennusta ehkäisevä toimet*
- Mistä oma työkalupakki koostuu*

Kurssi toteutuu ajanjaksolla XXXXXX. Tapaamisia on viikottain kaksi tuntia kerrallaan, yhteensä kahdeksan tapaamiskertaa. Paikkana on XXXXXX

Tapaamispäivät ja kellonajat ovat seuraavat: XXXXXX

Mikäli et halua osallistua kurssille tai sinulla on kysyttävää, ole yhteydessä kurssin ohjaajaan. Tarvitsemme myös tiedon mahdollisesta erityisruokavaliostasi, koska kurssilla tarjotaan pientä purtavaa. **TERVETULOA!**

Terveisin

XXXXXX

XXXXXX

Liite 3

Hei!

Olet osallistunut syöpää sairastaville järjestettyyn Voimavarakoulu-kurssille, joka on toteutettu yhteistyössä xxxxxx ja xxxxxx kanssa. Toivoisimme palautettasi kehittääksemme Voimavarakoulu-kurssia edelleen. Vastaisitko alla oleviin kysymyksiin. Mikäli vastaustila ei riitä, voit jatkaa arkin kääntöpuolelle. Oletko ystävällinen ja toimitat palautelomakkeen viimeisenä kurssipäivänä xxxxxx

Palautteita käytetään opinnäytetyössä (Lahden ammattikorkeakoulu), missä raportoidaan Voimavarakoulu-kurssille osallistujien ja ohjaajien kokemuksia. Opinnäytetyön suunniteltu valmistumisaika on joulukuussa 2011 ja se on sen jälkeen saatavissa Theseus-arkistosta. Palautteen antajan henkilöllisyys ei ilmene, eikä muitakaan tunnistetietoja opinnäytetyössä mainita.

Lisätietoja voit halutessasi saada xxxxxx

xxxxxxx

xxxxxxx

Liite 4

1.Kuvaile kokemuksiasi Voimavarakoulu-kurssista

2.Miksi kokemuksesi olivat hyviä?

3.Miksi kokemuksesi olivat huonoja?

4.Miksi oli hyvä, kun kurssilla oli kaksi ohjaajaa?

5.Miksi oli huonoa, kun kurssilla oli kaksi ohjaajaa?

Kiitos palautteestasi!

Liite 5

Ohjaajien arviointi yhteistyön toimivuudesta ja hyödystä:

- 1.Miten arvioit Voimavarakoulu-kurssin toteutumista?
- 2.Mitä hyötyä arvioit olevan kahden erikoisalan asiantuntijan toteuttamasta Voimavarakoulu-kurssista?
- 3.Mitä haittaa arvioit olevan kahden erikoisalan asiantuntijan toteuttamasta Voimavarakoulu-kurssista?

LUPAHAKEMUS
AMK- ja toisen asteen
OPINNÄYTETYÖ tai KEHITTÄMISHANKE

14/2011

Saapumispäivä

PHSOTEY Dnro TUTKIMUS:	PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi:
------------------------	--

1 Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosityksikkö

<input type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus	<input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala	<input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus
<input type="checkbox"/> Lääketieteellisten palvelujen keskus	<input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus	<input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus
<input type="checkbox"/> Yhtymähallinto	<input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus	

Tulosyksikkö:

Oppilaitos, koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto	
Lahden ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala AMK	
Oppilaitoksen osoite ja muut yhteystiedot	
Teinintie 4, PL 214. 15101 LAHTI, p. (03) 828 18 vaihde	
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen nimi ja lyhytnimi	
Voimia selviytymiseen - Depressiokoulu syöpää sairastaville	
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen alkamispvm	Opinnäytetyön/kehittämishankkeen arvioitu päättymispvm
14.4.2011	31.12.2011
Opinnäytetyön luonne	<input checked="" type="checkbox"/> Kehittämishanke <input type="checkbox"/> Tutkimus
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä)	
Toteutetaan Depressiokoulun syöpää sairastaville yhteistyössä syöpäkuntoutuksoshaajan (kunt.tutk. yksikkö) ja psyk. sairaanhoitajan (yleissairaalapsyk.pki) kesken. Tavoitteena on selvittää, miten Depressiokoulu-malli toimii kahden erikoisalan toimijan vetämänä ja kehittää mallia edelleen toimintaan sopivaksi. Tausta-ajatuksena on asiantuntijuiden lisääntyminen ja siten ryhmän hyöty osallistujille lisääntyy.	

Luvanhakija/yhteyshenkilö:	Osoite:	Sähköposti:	Puhelin:
Mustonen Kimmo	Keskussairaalankatu 7, 15850	kimmo.mustonen@pshs	09 27
Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tekijöiden nimet:	Osoite:	Sähköposti:	Puhelin:
Kilpelä Leena			

☐ opiskelija/tutkija ☐ joku muu, mikä: _____

☒ PHSOTEY:n tulosityksikkö, josta sovitti (pvm ja nimi): 3.1.2011 kuntoutuspäällikkö Tarja Tiitinen ja _____

Osaston tehtävät ja keskeiset virheet

5. Opinnäytetyön raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/raportti toimitetaan luvan myöntäjälle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä/raportista pidetään osastokokous/koulutus	
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä	

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli toimeksiantosopimuksessa ei toisin sovi. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

6. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 25.5.2011 Kati Lanta	Puhelin/sähköposti Kati.Lanta@helsinki.fi
Tutkimus	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys 25.5.2011 Kati Lanta	Puhelin/sähköposti Kati.Lanta@helsinki.fi
Pvm ja osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin/sähköposti
Pvm ja hakija allekirjoitus ja nimenselvennys 30.5.2011	Heena Kallala

7. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta/lisäselvityksiä
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty	
Perustelu/pyydyttävät lisäselvitykset	
Aika ja paikka 26.5.2011	
Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo/tehtävänimike	
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot	

Kimmo Mustonen
ylikirjoittaja
Päijät-Hämeen keskussairaala

8. Pyydetty lisäselvitykset toimitettu

Aika ja paikka
Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo/tehtävänimike
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot

9. Liitteet päivättyinä: Tutkimuslupahakemus rekisteröidään skannaamalla, päiväykset merkittävä liiteluetteloon

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma tai hankesuunnitelma
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäyte toimeksiantosopimus
<input checked="" type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta (tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
<input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä:

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille.

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

1) tutkimusluvan hakijalle 2) yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle 3) rekrytointikoordinaattorille (HEN)